THÈSE

N° 179.

SUR

LA PHTHISIE PULMONAIRE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR DALBINE,

Ex-Élève des hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Suppléant.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière medicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS, *Président.* RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arver.	Maisonnab.
Breschet.	Moreau.
Capuron.	Murat.
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau, *Examinateur.*	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubry, *Suppléant.*	Rullier.
Gérardins, *Examinateur.*	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE.

A MONSIEUR FLEURY,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

A MONSIEUR LAVORT,

Médecin, professeur de Médecine de l'École de Clermont-Ferrand.

A MON FRÈRE.

DALBINE.

THÈSE

SUR

LA PHTHISIE PULMONAIRE.

On a donné à la pulmonie le nom de *phthisie pulmonaire*, de *φθισις*, *φθιω*, *je consume.*

Cette maladie est caractérisée par une douleur vague ou fixe de la poitrine, la dyspnée, une toux sèche ou avec expectoration muqueuse ou purulente, le dépérissement, le marasme, la consomption colliquative de tout le corps, et principalement par la présence de tubercules dans le poumon.

Nous allons examiner ses causes en suivant l'ordre hygiénique.

Circumfusa. Elle peut être produite par un air humide et froid ; il agit de deux manières : 1.° dans le premier âge, en empêchant le développement de la constitution ; 2.° dans tous les âges, en provoquant le catarrhe pulmonaire, la pneumonie, la pleurésie.

L'air peut être chargé de corpuscules végétaux, animaux et minéraux, tels que : des vapeurs, des farines, des amidons ; des vapeurs de chanvre, de lin; des graines céréales, des soies, des laines ; des vapeurs saturnines, mercurielles, arsenicales ; enfin, des acides minéraux gazeux.

Il contient aussi souvent des poussières terreuses, pierreuses, cal-

caires, qui peuvent s'agglomérer, et produire des concrétions qui ulcèrent le poumon, sans occasionner quelquefois de tubercules.

Applicata. Les vêtemens qui gênent le développement de la poitrine et du ventre.

Ingesta. Les médicamens et les alimens incendiaires, les cantharides, les antiscorbutiques forts, le kermès, les balsamiques, les liqueurs alcoholiques, les chairs trop animalisées, les mets épicés, âcres, salés; les corps étrangers introduits dans le poumon.

Excreta retenta. La suppression de la transpiration, de la suppuration d'un ulcère, d'un exanthème cutané.

Gesta et percepta. 1.° Les cris, les chants forcés, les efforts, les travaux excessifs; 2.° les fortes passions de l'âme. Les premières, auxquelles on peut ajouter les sauts et les postures qui gênent la respiration, agissent immédiatement en retenant ou en accumulant le sang dans le poumon; les secondes agissent sympathiquement. Ainsi, la perception du plaisir ou de la douleur, la joie, le chagrin, le désespoir, la colère, les spasmes érotiques, les chatouillemens, les frictions, le magnétisme, agissent sur le centre épigastrique, et déterminent un état de constriction et de chaleur.

Ces causes ont une action d'autant plus prononcée que le sujet est d'une constitution plus faible.

La phthisie est aussi quelquefois produite par des maladies; ainsi elle peut être la suite de quelques dépôts critiques survenus après une fièvre continue.

Les autres maladies qui peuvent la déterminer sont : les fièvres intermittentes, en déterminant des congestions passagères sur le poumon; les rhumatismes, la goutte, en changeant de siège, et se fixant sur cet organe; les hémorrhagies, les hémoptysies : (ces deux dernières maladies sont-elles l'effet plutôt que la cause de la phthisie? je n'ose

l'affirmer) ; les exanthèmes répercutés, tels que la rougeole, la variole l'érysipèle ; les maladies nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, la mélancolie : ces dernières maladies agissent le plus souvent sur les viscères abdominaux.

La phthisie, d'après M. *Bayle*, affecte tous les âges, depuis les enfans de moins d'une année, jusqu'aux vieillards plus qu'octogénaires : on l'observe le plus ordinairement depuis quinze ans jusqu'à cinquante.

Les deux sexes peuvent être atteints de cette maladie ; cependant, elle est plus commune chez les femmes et chez les jeunes gens qui se rapprochent de la constitution féminine.

La constitution qui y prédispose est, selon *Reide :* une stature haute, élancée ; un accroissement rapide en peu de temps ; une poitrine étroite, une peau fine, des pommettes rosées, un cou grêle, des épaules saillantes, la vivacité physique et morale, la flaccidité des muscles thoraciques, et des veines saillantes ; enfin, le tempérament sanguin et lymphatique, et bien moins fréquemment le bilioso-sanguin.

D'autres causes peuvent encore provoquer la phthisie, telles que : le saignement au nez, la disposition aux rhumes, la voix fortement sonore dans un corps grêle, la dilatation de la pupille, les dents blanches (*Reid* et *Blumenbach* n'admettent pas ce signe comme certain), la pâleur des gencives, les jambes courbées en dehors, les épaules décharnées, la rareté de la barbe et des poils dans les endroits qui en sont ordinairement pourvus dans les deux sexes, l'époque de la première menstruation.

Les perruquiers, les boulangers, les plâtriers, les maçons, les chapeliers, les chimistes, les crieurs publics, les joueurs d'instrumens à vent, les imprimeurs, les doreurs sur métaux, les vidangeurs, les fabricans de bas au métier, sont continuellement sous l'influence de causes qui peuvent y prédisposer.

Cette maladie est héréditaire ; d'après *Hippocrate*, *Galien*, *Quarin*, *Reid*. *M. Baumes* admet trois espèces de dispositions à la phthisie : 1.° un vice héréditaire, 2.° la faiblesse acquise ou originelle du poumon, 3.° les maladies qui l'affectent. L'hérédité n'est point due,

comme quelques auteurs l'ont pensé, à un virus particulier transmis des parens aux enfans, mais bien à une disposition organique.

Presque tous les auteurs ont admis trois périodes dans cette maladie. M. *Bayle* voudrait qu'on admît, avant la première époque, un lieu où la maladie serait désignée sous le nom de *phthisie occulte* ou germe de la phthisie, parce que, le poumon étant profondement lésé, les malades semblent jouir de la meilleure santé. Mais cette période n'est autre chose qu'une prédisposition.

La première période est caractérisée par des crachemens de sang plus ou moins abondans, par des bâillemens fréquens, avec chaleur à la paume des mains et à la plante des pieds; les malades sont incommodés par une toux ordinairement sèche, avec douleur et déchirement dans la poitrine. Ils éprouvent de légers frissons, quelques degrés de chaleur fébrile, des douleurs dans les articulations et dans les membres; les urines sont presque toujours claires et abondantes, la voix est rauque et quelquefois presque éteinte. Il y a chaleur à la gorge, l'appétit reste le même, et augmente quelquefois; le sommeil est empêché par la toux, les forces et l'embonpoint se perdent.

Le début a lieu par une toux légère et courte qui devient habituelle. (*Cullen.*) Ceux qui en sont affectés y font si peu d'attention, qu'ils en nient eux-mêmes l'existence. La respiration devient de plus en plus précipitée par le moindre exercice. Ils maigrissent de jour en jour, sont dans un état de langueur, d'indolence. Cet état dure quelquefois un an ou deux sans que les malades s'en plaignent. Ils sont seulement plus affectés du froid que de coutume, ce qui augmente la toux, et leur fait dire qu'ils sont enrhumés.

La toux est sujette à des variétés nombreuses. Il y a quelquefois rémission ou diminution des accès. Une expectoration plus ou moins abondante soulage le malade en rendant la respiration plus facile. Les accès de toux sont ordinairement plus fréquens et plus violens la nuit, et chez les femmes qui s'exposent au froid pendant leurs règles. L'expectoration est plus abondante le matin. Les matières expectorées sont visqueuses, jaunâtres ou verdâtres, et fétides.

Dâns la 2.e période, la fièvre est plus forte, elle est accompagnée d'accès dans l'après-midi ou le soir; la poitrine et les parties supérieures se couvrent le matin d'une légère transpiration qui soulage momentanément les malades : il survient alors une rémission qui dure une grande partie de la matinée. La situation horizontale augmente la toux, qui empêche les malades de dormir jusqu'au matin : alors, la sueur arrive et procure un peu de sommeil; l'expectoration est plus abondante, écumeuse et quelquefois striée de filamens sanguins; les joues, pendant la fièvre, sont d'un rouge écarlate : la chaleur fébrile s'élève après le repas, surtout si le malade a pris quelques alimens solides, du vin ; ou, s'il a fait un peu trop d'exercice, des bouffées de chaleur et de rougeur, montent subitement au visage : une chaleur brûlante se fait sentir à la paume des mains et à la plante des pieds; la fièvre est continue, et la rémission moins prononcée; l'accès se déclare vers le milieu du jour, augmente jusqu'au soir, se prolonge dans la nuit, et ne se dissipe que le matin par la transpiration ; les malades éprouvent de la douleur au sternum et au dos, et souvent des vomissemens, ce qui les soulage quelquefois.

Quoique le pouls soit plus précipité que dans l'état naturel, on peut reconnaître une rémission de la fièvre et des symptômes pendant quelques heures de la matinée. L'expectoration devient, le matin, de plus en plus copieuse, purulente, en petites masses globulaires, quelquefois désagréable au goût, jaune, verdâtre et cendrée. A mesure que la phthisie approche de la dernière période, la toux perd de sa force sans être moins fréquente, suivant que l'expectoration devient plus fluide. De là, moins de secousses pour le poumon ; diminution des douleurs de tête et de poitrine. Les malades sont alors dans une trompeuse sécurité.

Dès ce moment, la phthisie est confirmée : la graisse des orbites fond; les yeux deviennent chassieux, mornes et languissans; les pommettes, décharnées; le nez, allongé; les tempes, déprimées; le sujet tombe dans un amaigrissement général et dans un anéantissement rapide. La toux est plus fatigante au commencement de la nuit; la

respiration, courte, précipitée; l'haleine, d'une odeur insupportable; le sommeil, interrompu; les sueurs du matin deviennent colliquatives et abondantes; la chaleur augmente; les rémissions sont plus courtes et moins marquées; les crachats, quelquefois très-abondans, toujours plus faciles, visqueux, gluans. Cette seconde période se continue tant qu'il reste encore assez de vigueur et que les forces digestives se soutiennent.

Dans la troisième période, les phthisiques sont épuisés par une diarrhée très-forte, surtout à la fin de la maladie. Quelquefois elle existe à peine; souvent même il y a constipation opiniâtre, à laquelle succèdent de fréquentes évacuations. Les alimens ne font qu'un court séjour dans le tube digestif; la chaleur fébrile et la sueur diminuent alors sensiblement; la langue est nette et d'un rouge vif à sa racine, quelquefois couverte d'aphthes fort sensibles et douloureux; la voix est rauque, entrecoupée par l'inspiration; l'expiration est courte; les malades sont fatigués par des hoquets; la toux persiste la nuit; les extrémités inférieures sont gonflées et œdémateuses; l'appétit se soutient quelquefois, et est même porté au-delà de son mode naturel : le plus ordinairement, les malades vomissent; les crachats sont moindres, surtout le jour; les forces sont affaiblies jusqu'au point de ne plus permettre le moindre mouvement. La mémoire s'affaiblit; les sensations les plus chères les abandonnent; il survient de longs et fréquens évanouissemens; les ongles se contournent à l'extrémité des doigts; il y a quelquefois de légères convulsions; la langue vacillante n'articule que difficilement les mots; les cheveux tombent; une soif vive dure tout le temps de la maladie; néanmoins ils conservent l'espoir jusqu'à la dernière heure.

Le diagnostic s'établit sur la réunion des symptômes indiqués ci-dessus, tels que : l'hémoptysie, la toux, l'expectoration, la rougeur des pommettes, la douleur de la poitrine, la difficulté de respirer; l'altération de la voix, de la déglutition; l'insomnie; la maigreur, la fièvre hectique, le vomissement, les aphthes, la diarrhée; l'œdème du visage, des membres; la durée de la phthisie.

L'hémoptysie précède souvent la phthisie, et agit quelquefois comme

cause ; elle peut être très-abondante ou faible, et se manifester à de longs intervalles. Elle peut aussi n'en être qu'une complication. Elle est même souvent indépendante de la phthisie. On la voit assez souvent survenir dans le deuxième et le troisième degré, et déteminer la mort. Il existe chez les phthisiques une grande tendance aux evacuations sanguines. Cependant l'hemoptysie n'est pas constante, d'après *Morgagni*, *Lieutaud*, MM. *Portal* et *Bayle*, mais il faut redouter les hemorrhagies même des autres parties, telles que l'épistaxis chez les jeunes gens, chez les jeunes filles, au moment d'être réglées ou mal réglées. La diminution ou la suppression du flux hémorrhoïdal à tout âge et la trop petite quantité de sang évacuée par la menstruation chez les femmes pléthoriques, ainsi que l'âge critique, doivent faire concevoir des craintes.

La toux est un symptôme et non un caractère spécifique de la phthisie. *Lieutaud* et *Morgagni* ont vu des phthisiques qui n'avaient jamais toussé. Ce fait est très-rare, car la toux est presque toujours un des premiers symptômes. Lorsque la fièvre survient, elle augmente pendant la nuit, et diminue le matin lorsque les sueurs paraissent. Elle est alors suivie d'expectoration purulente plus ou moins facile.

Dans le commencement de la phthisie, elle est courte, sèche, vive, opiniâtre et fatigante ; dans le troisième degré, elle est moins sèche, plus prolongée, le plus souvent accompagnée d'expectoration ; dans les derniers momens, elle cesse.

Les causes qui la provoquent sont : un peu de nourriture, des boissons froides ou légèrement excitantes, la fumée, le froid, de petites secousses, un peu d'elévation dans la voix.

L'expectoration purulente, dans la première période, est formée par la salive et par le mucus guttural et buccal, ce qui fait qu'elle est transparente, incolore, liquide, fluante, spumeuse à sa surface. Quelquefois il s'y joint un peu de cette matière visqueuse, grise, demi-transparente, assez souvent mêlée de points noirs, nommés *mucus bronchique*. Elle indique, dit M. *Laennec*, les tubercules crus. Il ne conseille pas alors le stéthoscope.

Dans la deuxième période, les crachats sont opaques, jaunes, pâles, quelquefois légèrement verdâtres, plus ou moins tenaces, semblables à ceux d'un catarrhe, d'autres fois diffluens et puriformes. On y remarque parfois des fragmens de matière tuberculeuse incomplètement ramollis. Ce caractère, qui semble pathognomonique, ne doit point inspirer une grande confiance. Il se forme souvent sous les amygdales une matière sébacée, friable et demi-concrète, que des sujets sains rendent par fragmens. Elle ressemble à des morceaux de matière tuberculeuse; elle en diffère cependant par deux caractères. La matière sébacée a une fétidité particulière; chauffée sur le papier, elle le graisse. Ces deux caractères n'appartiennent pas à la matière tuberculeuse.

Plus tard, les crachats deviennent puriformes; ce passage est quelquefois brusque et complet. Une légère hémoptysie l'accompagne, et est suivie d'un soulagement momentané. C'est alors, dit M. *Laennec*, qu'il faut employer le stéthoscope.

Ainsi, dans le commencement, la sécrétion bronchique est augmentée par l'irritation du poumon; plus tard, le pus est fourni par des excavations tuberculeuses qui communiquent avec les ramifications des bronches par de petites fistules.

Si l'expectoration est abondante dans son commencement, elle est fournie par une vomique. M. *Corvisart* conseille alors la percussion d'*Avenbrugger*; M. *Laennec* consulte le stéthoscope, pour s'informer du siége du mal, de son étendue et des ravages qu'il a produits.

Dans le cas de phthisie terminée par la mort où il n'y a pas eu d'expectoration purulente, on a trouvé des foyers de pus. *Arétée*, *Morgagni* et *Lieutaud* en citent des exemples.

Chez quelques sujets, dit M. *Bayle*, l'expectoration purulente n'a lieu qu'à la fin de la vie; tandis que chez les autres on observe une expectoration muqueuse, filante et transparente, dans laquelle nagent des crachats jaunâtres, verdâtres ou d'un blanc opaque.

La rougeur des pommettes et des lèvres est un signe indicatif dans la phthisie constitutionnelle; elle ne se montre que lorsque la maladie

est déjà avancée, et lorsque la fièvre, sur le point de se terminer, laisse monter la chaleur au visage. Je ne sais si cette rougeur dépend de la gêne qu'éprouve le sang à passer dans un poumon tuberculeux, ou si elle tient à la nature particulière du sang des phthisiques.

On observe quelquefois, dans la dernière période de la maladie, la phlogose partielle ou générale du gosier et du palais avec des aphthes et des ulcérations.

La difficulté de respirer existe quelquefois aussi pendant tout le cours de la phthisie. La respiration est courte; les malades bâillent à chaque instant; ils haussent les épaules pour faciliter l'inspiration, d'autant plus pénible qu'ils avancent plus du terme fatal.

Les malades sont menacés de suffocation lorsqu'ils se couchent sur le dos. Ils respirent plus librement lorsqu'ils sont couchés sur le côté malade. Ils sont dans la nécessité d'avoir la poitrine très-élevée, et quelquefois de tenir la tête entre les deux genoux. Néanmoins, *Lieutaud* et M. *Portal* ont vu des phthisiques n'avoir jamais éprouvé de gêne dans la respiration pendant tout le cours de leur maladie.

M. *Portal* a observé que la difficulté de respirer était nulle lorsque la lésion du poumon, bien que profonde, était éloignée des grandes voies aériennes; et qu'au contraire, elle était très-prononcée, lorsque l'ulcération en était rapprochée.

Chez ceux qui ont des prédispositions à la phthisie, on observe souvent une douleur fixe et constante sous l'omoplate, sans ou avec difficulté de respirer. D'autres fois la douleur se fait sentir le long de la partie postérieure du sternum, surtout au début de la maladie, et lorsque l'hémoptysie doit avoir lieu. Si on l'éprouve vers un des points quelconques de la poitrine, elle devient un signe de suppuration. Il n'est cependant pas rare de rencontrer de vastes foyers qui n'ont pas été annoncés par la douleur.

La voix rauque, voilée et éteinte, est toujours d'un mauvais augure; la gêne de la déglutition est souvent produite par la rougeur du pharynx, du larynx et des amygdales.

L'insomnie ne se manifeste que dans la seconde période; elle est

causée par la fièvre, par la sueur, le besoin de cracher, une douleur vague ou fixe, mais plus particulièrement par la toux.

La fièvre hectique se reconnaît aux caractères suivans : le soir, frisson plutôt qu'un froid véritable, puis chaleur aux parties supérieures, qui s'étend aux inférieures. Le matin, la poitrine et les parties supérieures se couvrent d'une douce transpiration, ensuite d'une véritable sueur, qui dure trois ou quatre heures. Alors rémission des symptômes, plus de fièvre depuis le matin jusqu'à midi, où un nouvel accès se déclare.

D'après *Cullen*, son type est rémittent avec deux redoublemens par jour ; l'un à midi, plus faible ; l'autre le soir, plus fort. Selon quelques auteurs, c'est une fièvre continue.

Les autres caractères de cette fièvre sont : des exacerbations après le repas, la rougeur des pommettes, une soif légère ; le pouls, plein et dur, bat cent vingt à cent trente pulsations par minute ; langue rouge et sèche ; chaleur inégale, plus forte à la paume des mains et à la plante des pieds ; désirs vénériens, urines rares et colorées, déposant un sédiment rouge ; conjonctive pâle ; tristesse, mélancolie ; sueurs plus abondantes vers le terme fatal.

La maigreur s'établit avec rapidité lorsque la fièvre se développe ; alors les forces se perdent.

Les sueurs sont d'abord peu abondantes et sans odeur ; mais à la fin de la maladie, elles deviennent très-fortes, gluantes, et ont une odeur fétide ; le visage en conserve un aspect luisant, jaune, sale : la bouche et le gosier sont arides.

La diarrhée, les aphthes, l'enflure du visage, et des membres inférieurs, n'arrivent que dans les derniers temps de la maladie.

La pneumonie, la pleurésie, et le catarrhe pulmonaire chronique, simulent la phthisie, et peuvent dégénérer en cette maladie. Les crachats purulens peuvent appartenir au catarrhe pulmonaire et à la pneumonie, qu'on voit quelquefois accompagnée de fièvre hectique.

On a vu rendre par la bouche de grandes quantités de pus sans qu'il y ait de foyers dans les poumons. Ces évacuations se faisaient

à la suite d'angines, de maux de gorge, et faisaient prendre ces maladies pour des phthisies : aussi quelques auteurs ont-ils prétendu en avoir guéri.

Il n'est point, dit *Reide*, de signes certains et tranchés de la présence de tubercules dans le poumon.

La durée de la phthisie est d'un à quatre ans, et même plus.

On peut la guérir à la première période ; mais à la deuxième et à la troisième la mort est certaine.

Le prognostic est très-alarmant, surtout à la deuxième et à la troisième période. Les signes mortels sont : la difficulté de respirer, la crainte de suffoquer ; des crachats puans se précipitant au fond du vase, dans de l'eau salée ; la fétidité de l'haleine ; la chute des cheveux ; la douleur au cou et entre les deux épaules ; des sueurs et des déjections colliquatives ; l'enflure des pieds et des mains ; l'abattement de l'esprit ; les ongles recourbés ; des ulcérations à la bouche et au gosier ; la suppression des crachats, de la toux et de la diarrhée.

Le prognostic de la phthisie originelle ou héréditaire est beaucoup plus grave ; celle qui débute par une hémoptysie est beaucoup plus facile à prévenir, surtout si elle a été produite par des causes externes. Elle offre beaucoup de dangers lorsqu'elle abat subitement les forces, et qu'elle est accompagnée d'un froid considérable aux extrémités. Lorsqu'elle succède à une phlegmasie du poumon, elle marche avec beaucoup de rapidité, et la mort arrive même avant la suppuration et le marasme.

Anatomie pathologique. Les tubercules constituent le caractère propre de la phthisie. Ils se développent sous la forme de petits grains demi-transparens, gris, quelquefois même diaphanes, et presque incolores : ils sont de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à une graine de chenevis ; dans cet état, on les nomme *miliaires :* ils grossissent, deviennent jaunâtres et opaques, d'abord au centre, et successivement dans toute leur étendue ; les plus voisins se réunissent en se développant, et forment des masses plus ou moins volumineuses,

jaunes, pâles, opaques, et d'une densité analogue à celle des fromages les plus fermes. On les nomme alors *tubercules crus.*

Le tissu pulmonaire, jusqu'alors sain, commence à devenir dur, grisâtre, demi-transparent autour des tubercules, par une nouvelle production de matière tuberculeuse au premier degré, ou demi-transparente, et s'infiltre dans la substance du poumon.

Quelquefois les masses tuberculeuses offrent un grand volume à la suite d'une semblable infiltration, sans développement prealable de tubercules miliaires. Le tissu pulmonaire est engorgé, dense, humide, imperméable à l'air, et présente une surface lisse et polie lorsqu'on le coupe.

A mesure que ces indurations passent à l'état de tubercules crus, il se développe une multitude de très-petits points jaunes ou opaques, qui, en se multipliant et en grossissant, finissent par envahir la totalité de la portion endurcie.

Au bout d'un temps variable, les tubercules se ramollissent et se liquéfient. Le ramollissement a lieu par le centre de chaque masse, qui de jour en jour devient plus molle et plus humide, jusqu'à ce que le ramollissement ait gagné la circonference et soit devenu complet.

Alors la matière tuberculeuse peut se présenter sous deux formes. 1.° Le pus est épais, inodore et plus jaune que les tubercules crus. 2.° Tantôt cette matière est séparée en deux parties; l'une très-liquide plus ou moins transparente et incolore, à moins qu'elle ne soit mêlée avec du sang; l'autre opaque et de consistance de fromage mou. Cet état, qui se rencontre particulierement chez les sujets scrophuleux, ressemble tout-à-fait à du petit-lait où nageraient des fragmens de matière caseuse.

Lorsque cette matière est complètement ramollie, elle s'ouvre un passage dans un des tuyaux bronchiques qui l'avoisine le plus. Cette ouverture étant plus étroite que l'excavation avec laquelle elle communique, l'une et l'autre restent nécessairement fistuleuses, même après l'évacuation complète de la matière tuberculeuse.

Il est rare de ne trouver qu'une excavation; le plus souvent elles

sont entourées de tubercules crus et miliaires qui se ramollissent successivement, viennent s'ouvrir dans l'excavation principale, et forment des anfractuosités, qui quelquefois se propagent de proche en proche jusqu'aux extrémités du poumon.

Des brides ou colonnes formées par le tissu pulmonaire condensé et ordinairement infiltré de matière tuberculeuse, traversent souvent ces excavations, et présentent quelque ressemblance avec les colonnes charnues du cœur; elles sont plus minces au milieu qu'à leurs extrémités.

On les a pris à tort pour des vaisseaux : M. *Bayle* lui-même a commis cette erreur. M. *Laennec* n'offre pas d'exemples de vaisseaux sains trouvés dans les excavations. M. *Bayle* dit avoir trouvé à l'ouverture d'un phthisique, mort d'une hémoptysie foudroyante, un vaisseau pulmonaire traversant une vaste excavation, rompu au milieu de son trajet ; ce qui donna lieu à une hémorrhagie mortelle.

Dans des cas rares, M. *Laennec* a trouvé dans une excavation des vaisseaux sanguins, mais qui étaient toujours oblitérés. On ne peut les suivre qu'à une très-petite distance, où ils se confondent avec la matière tuberculeuse.

Il semble qu'en se développant, cette matière écarte et déjette communément les vaisseaux sanguins ; car on en trouve souvent de très-longs rampant le long des cavernes. Dans ce cas, il est rare qu'ils soient oblitérés : mais celles de leurs ramifications qui se dirigent vers une excavation ou vers des masses tuberculeuses, le sont évidemment ; car en injectant avec précaution un liquide coloré, on ne l'y voit point pénétrer.

Les ramifications bronchiques paraissent être ordinairement plutôt enveloppées, qu'écartées par la matière tuberculeuse. Il paraît que la compression les détruit promptement, car on ne distingue presque jamais de bronches dans les masses tuberculeuses; et cependant il est rare de trouver une excavation, même très-petite, dans laquelle ne viennent s'ouvrir un ou plusieurs tuyaux bronchiques de differens diamètres, et dans une direction telle, qu'il est évident qu'ils se pro-

longeaient dans la matière tuberculeuse. Presque jamais ces tuyaux ne sont ouverts par le côté, ils sont coupés net au niveau des parois de l'excavation.

A mesure qu'une excavation commence à se vider, ses parois se revêtent d'une sorte de fausse membrane mince, égale, d'un blanc presque entièrement opaque, d'une consistance assez molle et presque friable, que l'on enlève facilement avec le scalpel. Cette membrane ordinairement tapisse toute l'excavation. On trouve quelquefois à sa place une exsudation pseudo-membraneuse, moins épaisse, plus transparente, moins friable, plus intimement adhérente aux parois de l'excavation, et qui n'en tapisse le plus souvent que quelques endroits. Si elle en tapisse toute l'étendue, elle présente çà et là une épaisseur beaucoup plus grande qui semble annoncer qu'elle est le produit d'une exsudation qui a commencé par plusieurs points différens à la fois.

Assez souvent on trouve cette seconde membrane au-dessous de la première, qui est alors tout-à-fait sans adhérence et lacérée dans plusieurs points.

Quelquefois on ne trouve aucune trace ni de l'une ni de l'autre de ces espèces de fausses membranes; alors les parois de l'excavation sont formées par le tissu pulmonaire, ordinairement durci, rouge et infiltré de matières tuberculeuses à divers degrés de développement. On pourrait conclure, de ce que je viens de dire, qu'une fausse membrane, une fois formée, est expectorée, et qu'ensuite il s'en forme une seconde. En effet, on en trouve quelquefois des fragmens dans les crachats des phthisiques.

M. *Bayle* pense que cette fausse membrane sécrète le pus qu'expectorent les malades. Cependant à l'ouverture des cadavres on trouve les cavernes ordinairement vides, ce qui porte à croire que les crachats sont plutôt fournis par les bronches.

Si la phthisie a resté long-temps stationnaire, au-dessous de cette fausse membrane se développent çà et là des plaques d'un blanc grisâtre, demi-transparentes et d'une texture cartilagineuse, mais un peu plus molles et adhérentes au tissu pulmonaire; ces plaques, en

s'agrandissant, se réunissent, tapissent complètement l'excavation ulcéreuse, et se terminent à la membrane interne des tuyaux bronchiques.

La membrane cartilagineuse, complètement formée, est blanche ou d'un gris de perle; ou si elle est rougeâtre ou violette, c'est à cause de son peu d'épaisseur et de sa demi-transparence qui transmet la couleur du poumon.

Quelquefois, malgré son épaisseur, sa surface interne a une teinte rosée ou rouge qui ne disparaît pas par le lavage ; cette couleur est due probablement au développement du réseau vasculaire; mais les vaisseaux sont si petits qu'on ne peut les apercevoir.

Dans des cas rares on trouve des tubercules presque ou complètement ramollis, au milieu d'un tissu pulmonaire parfaitement crépitant; et alors les parois de l'excavation sont lisses et formées par du tissu pulmonaire un peu refoulé, elles sont sans membranes. M. *Laennec* n'en a vu que trois exemples en dix-huit ans.

Ces kystes primitifs ou consécutifs ne passent jamais à l'état d'ossification. M. *Bayle* l'a cependant rencontré deux fois.

Quelquefois, mais très-rarement, cette membrane demi-cartilagineuse existe avant le ramollissement des tubercules. C'est ce que M. *Bayle* a appelé *tubercules enkystés.*

Ils adhèrent fortement, par leur face externe, aux parties voisines, et ne peuvent en être séparés qu'en coupant ou en déchirant la matière tuberculeuse avant son entier ramollissement. On trouve la partie interne du kyste lisse et polie, quelquefois inégale et même comme raboteuse. Ces tubercules enkystés se rencontrent plus souvent dans les glandes bronchiques que dans le tissu pulmonaire.

Ce mode de développement des tubercules est le plus commun. Il en existe deux autres qui ne sont que des variétés dans la marche de cette affection.

Quelquefois dans un poumon qui présente des tubercules à divers degrés de développement, on trouve de petites portions de tissu pulmonaire infiltrés d'une matière gélatiniforme, humide plutôt que

liquide, demi-concrète, transparente, légèrement noire ou sanguinolente. Dans les endroits infiltrés, on ne distingue plus de cellules aériennes. On voit une multitude de très-petits points jaunâtres et opaques, formés par la matière tuberculeuse, déjà parvenue au second degré, et autour desquels on aperçoit pas le tissu gris qui constitue le premier.

Le second mode de développement anomal des tubercules paraît aussi avoir lieu sans la formation du tissu gris; ou, s'il existe, le passage du premier au deuxième degré est si rapide, que M. *Laennec* n'a pu l'apercevoir.

On trouve çà et là dans le poumon des masses tuberculeuses d'un blanc jaunâtre, beaucoup plus pâles, plus ternes et moins distinctes de la substance du poumon que les tubercules crus ordinaires. Ces masses irrégulières, anguleuses, n'ont jamais la forme des tubercules ordinaires; elles paraissent être résultat de l'infiltration de la maladie tuberculeuse, tandis que les tubercules arrondis sont des corps étrangers qui repoussent et refoulent le tissu du poumon dans tous les sens plutôt qu'ils ne le pénètrent. On peut les nommer *infiltrations tuberculeuses*. Elles occupent quelquefois une partie considérable d'un lobe; et lors même qu'elles arrivent jusqu'à la surface du poumon, elles n'y font point saillie, n'altèrent point sa forme, prennent la couleur jaune des autres tubercules, et finissent par se ramollir de la même manière.

Ces trois modes de développement s'observent souvent dans le même poumon. M. *Laennec* a trouvé le dernier seul dans une partie du poumon, hépatisée à la suite d'une pneumonie.

La pneumonie ou la pleurésie peut coïncider avec les tubercules. Elles peuvent quelquefois les occasionner, et *vice versâ*. Il n'est pas rare qu'ils se forment sans inflammation préalable, et par une disposition générale.

Les tubercules miliaires, et les crus de M. *Bayle*, ne sont que deux variétés; mais il n'y a pas plus de différence entre elles, qu'entre un fruit vert et un fruit mûr.

Le poumon est quelquefois rempli de tubercules miliaires, de sorte que l'on croirait qu'ils sont nés en même temps : d'autres fois on y rencontre les deux variétés.

L'ictère les jaunit; la gangrène leur donne une teinte brune et sale : la matière pulmonaire noire les tache.

La plupart des tubercules miliaires, demi-transparens, jaunâtres et opaques, présentent un petit point noir vers leur centre; ce point noir est formé de la même matière que le tubercule, et disparaît à mesure qu'il grossit.

Lorsqu'il y a dans le poumon un grand nombre de tubercules, même très-petits, la mort peut survenir avant qu'aucun d'eux soit arrivé à un degré de ramollissement tel que la matière tuberculeuse ait pu s'ouvrir un passage dans les bronches, et donner lieu à des excavations.

Quand il y a peu de tubercules, on les trouve quelquefois tous excavés; mais le plus souvent on trouve dans le même poumon les quatre degrés de développement que nous avons décrits : 1.° granulations grises, incolores, demi-transparentes; 2.° tubercules gris, plus volumineux, déjà jaunes et opaques au centre; 3.° tubercules jaunes et opaques, mais encore fermes; 4.° tubercules ramollis au centre principalement; 5.° excavations plus ou moins complètement vides.

Les tubercules se développent le plus ordinairement en premier lieu dans les lobes supérieurs du poumon : c'est là qu'on les trouve le plus souvent volumineux et avancés. Ils se développent consécutivement dans le reste de cet organe : il est rare qu'un seul poumon en soit affecté.

Sur dix phthisiques, il en est à peine un qui meurt avant l'entier ramollissement d'une partie des tubercules, et de la formation de quelques excavations. Il est aussi très-rare qu'une excavation se forme sans s'ouvrir presque aussitôt dans les bronches. Quelquefois même ces lésions organiques devancent de beaucoup l'époque de l'altération apparente de la santé. Il peut se faire qu'un seul tubercule

excavé ne produise pas d'effets généraux bien sensibles dans l'économie.

Lorsque la phthisie a duré plusieurs années, on trouve dans le poumon des cavités vides de matières tuberculeuses, et tapissées par une membrane demi-cartilagineuse; d'autres dont la membrane cartilagineuse est plus molle, ou n'est pas tout-à-fait complète, et qui contiennent encore une assez grande quantité de matières tuberculeuses; d'autres fois ce sont des cavités ulcéreuses, dont les parois ne présentent presque dans aucun point la membrane demi-cartilagineuse, et qui sont encore à demi-pleines de matières tuberculeuses, puriformes. Outre cela, l'on rencontre des tubercules ramollis à divers degrés, des crus, des demi-transparens et des miliaires : ce qui prouve qu'ils se sont développés à différentes époques.

La formation de la membrane cartilagineuse paraît être un effort de la nature médicatrice. C'est une cicatrice interne assez analogue à celle des fistules, et dont l'existence n'a pas plus d'inconvéniens pour la santé que beaucoup d'entre elles.

Il semblerait qu'une cavité ainsi tapissée puisse se réunir par une véritable cicatrice. Il est assez commun de trouver dans diverses parties du poumon, surtout dans le sommet du lobe supérieur, le lieu où, comme on le sait, se forment le plus souvent les excavations tuberculeuses des lames, ou des espèces de cloisons plus ou moins étendues, formées par un tissu cellulaire condensé, quelquefois mêlé de portions fibreuses, ou fibro-cartilagineuses, qui contrastent par leur blancheur avec le tissu pulmonaire, et présentent l'aspect d'une cicatrice plongée dans ce tissu. Quelquefois, au lieu de lames, on trouve des masses plus ou moins volumineuses de tissu cellulaire condensé, ou du tissu fibro-cartilagineux.

Assez ordinairement le tissu pulmonaire, aux environs de ces productions accidentelles, est imprégné d'une beaucoup plus grande quantité de matière noire; quelquefois il en prend la couleur, mais il ne faut pas la confondre avec la mélanose. Les parties les plus colorées sont ordinairement plus flasques et moins crépitantes, quelque-

fois entremêlées par des lames ou par des masses particulières avec productions fibro-cartilagineuses.

Cela est dû au rapprochement des parois, des excavations qui, bien qu'il n'y ait pas eu de développement de membrane demi-cartilagineuse, se sont débarrassées de la matière tuberculeuse par le ramollissement, l'expectoration ou l'absorption.

A la surface du poumon, il se forme une dépression plus ou moins marquée; sa surface est dure, inégale, et creusée par des sillons qui la divisent en bosselures irrégulières, et se réunissent à un centre commun, de manière à imiter le froncement d'une bourse. On voit aussi ordinairement des adhérences celluleuses entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale.

Lorsqu'elles sont très-profondes, la rétraction nécessaire pour la cicatrice déplace le bord antérieur du poumon, qui est tiré en haut et en arrière.

Ces dépressions extérieures et froncées ne sont pas elles-mêmes des cicatrices; mais l'effet en quelque sorte mécanique d'une cicatrice placée plus profondément dans le tissu pulmonaire : elles ne troublent nullement les fonctions.

Les faits dont nous venons de parler rendent parfaitement raison de la marche intermittente en quelque sorte de certaines phthisies.

Le sommet du poumon est quelquefois enveloppé d'une espèce de calotte cartilagineuse; c'est un moyen employé par la nature pour empêcher l'effusion de la matière tuberculeuse dans les plèvres. D'autres fois le kyste, qui forme la paroi d'une fistule cartilagineuse, a un demi-pouce d'épaisseur et une cavité très-petite. Il semble que la nature a hésité entre le choix d'une fistule et d'une cicatrice parfaite.

Les cicatrices et fistules pulmonaires, lorsqu'on les trouve sans tu-

bercules dans le poumon, doivent le plus souvent leur être attribuées, et non à des abcès du poumon à la suite d'une pneumonie; car ce cas est des plus extraordinaires en anatomie pathologique.

Les vomiques sont le résultat du ramollissement d'une masse tuberculeuse d'un grand volume. L'expectoration, qui a ordinairement lieu pendant quelques jours après sa rupture, ne doit pas être regardée comme formée uniquement par la matière tuberculeuse contenue dans l'excavation; car quelquefois la matière des crachats rendus en vingt-quatre heures suffirait presque pour remplir un des côtés de la poitrine. Lorsque les vomiques sont vidées, qu'il ne reste plus ou presque plus de matière tuberculeuse ramollie dans les cavernes, la toux, la fièvre et l'expectoration, diminuent graduellement. Le malade revient peu à peu à une santé, qui est quelquefois durable; mais le plus souvent après une amélioration momentanée des symptômes, la phthisie suit sa marche, et la mort devient inévitable.

Hippocrate considérait la vomique comme un abcès du poumon qui peut s'ouvrir dans les bronches ou dans la plèvre; la première terminaison lui paraissait la plus heureuse. Il cherchait même à la produire en secouant fortement le malade.

Les ulcères du poumon ne sont pas, comme on l'a cru long-temps, un effet de l'inflammation et de la suppuration du tissu pulmonaire, mais bien du ramollissement et de l'évacuation de la matière tuberculeuse.

Les excavations tuberculeuses diffèrent d'un ulcère en ce que celui-ci s'étend en corrodant les tissus, tandis que l'excavation est l'effet de de l'extension spontanée d'un tubercule qui a écarté, refoulé et non détruit le tissu pulmonaire.

Il est des individus chez lesquels on rencontre une diathèse générale pour les tubercules : alors, beaucoup de tissus peuvent en être affectés. Ainsi, l'on en rencontre quelquefois dans les intestins, les glandes lymphatiques, la prostate, les testicules, les muscles, les membranes séreuses et même les os.

Comme des altérations organiques et des productions de tissus acci-

dentels autres que les tubercules déterminent des symptômes analogues à ceux de la phthisie, comme M. *Bayle* a établi des différences ou variétés de phthisie d'après la différence des tissus morbides, nous allons les traiter successivement.

Ces productions sont : 1.° des kystes ; 2.° des kystes à vers vésiculaires ; 3.° des masses fibreuses, cartilagineuses, osseuses ou osséo-crétacées ; 4.° la mélanose ; 5.° les encéphaloïdes ; 6.° les tubercules.

Les symptômes communs qu'elles peuvent occasionner sont : la dyspnée, proportionnée au volume de la tumeur, la toux plus ou moins forte et sèche, des expectorations de nature variable. Si l'on consulte le cylindre, on n'entend pas la respiration dans le lieu où elles existent, à moins qu'elles ne soient d'un très-petit volume. La percussion produit un son mat.

Kystes développés dans le poumon.

Les kystes développés dans le poumon sont formés par une membrane accidentelle ressemblant à un sac sans ouverture, obrond, quelquefois irrégulier, anfractueux, contenant une matière liquide ou demi-liquide, qu'elle sécrète. Il est d'autres kystes qui renferment des tubercules et des cancers; leur membrane ressemble aux membranes séreuses, quelquefois davantage aux muqueuses. Assez souvent, une couche de tissu fibreux ou cellulaire condensé, plus ou moins épaisse, et ordinairement incomplète, enveloppe extérieurement le kyste et l'unit aux parties voisines. Quelquefois c'est un tissu cartilagineux, et même une lame osseuse. La surface interne n'offre presque jamais l'aspect lisse et poli des kystes séreux et muqueux; elle est simple, raboteuse, souvent tapissée çà et là par une matière albumineuse ou fibrineuse, demi-concrète, qui fait corps avec le kyste. Cette production est très-rare dans le poumon de l'homme. *Morgagni* et M. *Laennec* n'en citent qu'un exemple ; elle est plus commune dans le bœuf et dans le mouton.

Vers vésiculaires dans le poumon.

La seule espèce qu'on trouve dans le poumon est celle que M. *Laennec* a nommée *acéphalocistes*, et que les anciens observateurs avaient désignée sous le nom d'*hydatides*. On les a long-temps confondues avec les kystes. Leur forme est assez simple : elles ressemblent à une vessie d'un volume variable, de la consistance et de l'aspect du blanc d'œuf demi-cuit, de forme sphéroïde ou ovoïde ; les parois sont diaphanes ou demi-transparentes, incolores ou laiteuses, quelquefois un peu rougeâtres, jaunâtres, verdâtres, grisâtres ; la cavité de ces vessies renferme un liquide plus ou moins abondant, séreux et limpide, quelquefois trouble, un peu jaune, ou ayant une teinte sanguinolente.

Quelquefois une grande acéphalociste en renferme dans sa cavité plusieurs petites; d'autres fois de plus petites encore adhèrent à la surface interne ou externe de leur mère, dont elles ne paraissent se détacher que lorsqu'elles ont acquis une certaine grosseur.

Les acéphalocistes n'ont d'ailleurs aucun organe distinct, et présentent le type de l'animal le plus simple : c'est pour cela que M. *Rudolphi* ne les regarde pas comme des vers, et pense que M. *Laennec* s'est trompé.

M. *Percy* les a vus se mouvoir très-distinctement ; et M. *Laennec* a observé tous les degrés de leur reproduction. « Elle se fait, dit-il, comme chez certains polypes, par des espèces de bourgeons qui, nés des parois du vers, se prononcent à l'une et à l'autre de ses surfaces, deviennent creux, prennent une forme arrondie en grossissant, et finissent par se détacher de leur mère. »

Les acéphalocistes sont toujours renfermées dans un kyste ordinairement fibreux, souvent cartilagineux ou osseux : sa surface interne est rarement lisse ; souvent même elle est tellement inégale, qu'elle paraît comme déchirée, quelquefois tapissée d'une matière albumineuse, opaque, demi-concrète, jaune d'ocre.

Quand il y a plusieurs acéphalocistes dans un kyste, on y trouve en outre un liquide limpide ou trouble, jaunâtre, sanguinolent, dans lequel nagent les vers; lorsqu'il n'y en a qu'une, elle le remplit en entier, et tapisse immédiatement ses parois.

On en a trouvé dans toutes les parties du corps, et souvent dans les poumons. MM. *Johnson*, *Collet*, *Baumes* et *Geoffroi* en citent des exemples.

Productions cartilagineuses, osseuses, calculeuses et crétacées du poumon.

Elles ont été observées par presque tous les anatomistes, depuis le 16.e siècle jusqu'à nos jours.

On trouve quelquefois dans le poumon des kystes cartilagineux qui renferment des concrétions osseuses ou crétacées, et des productions cartilagineuses informes, d'un volume médiocre, présentant çà et là quelques points d'ossification commençante.

L'ossification accidentelle n'est jamais complète : il y a beaucoup plus de phosphate calcaire et moins de gélatine que dans les os. Ces productions ont plutôt l'aspect d'une petite pierre que d'un os; aussi les a-t-on nommées calculeuses ou tophacées.

Elles ne contiennent quelquefois aucun atôme de gélatine, et alors elles ressemblent à de la craie demi-sèche ou délayée dans l'eau.

Ossifications incomplètes, concrétions crétacées.

Les ossifications incomplètes sont enkystées ou non-enkystées : les premières sont très-rares : ce sont de petites masses rondes, dont le volume varie depuis un grain de chenevis jusqu'à celui d'une noisette; elles sont recouvertes par un kyste cartilagineux d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, et qui leur adhère intimément.

Les ossifications non-enkystées se rencontrent moins rarement; elles ont une forme très-irrégulière; leur surface est anfractueuse, hérissée

d'aspérités. Leur centre est blanc, opaque, et d'un aspect tout-à-fait calculeux ; les parties les plus externes, un peu jaunâtres, offrent une demi-transparence légère et comme cornée. Ces productions sont faciles à réduire en poudre par le broiement. On obtient plus difficilement le même résultat par le marteau, lorsque l'ossification est plus parfaite.

Leur siége est dans le tissu pulmonaire, auquel elles adhèrent intimement, ou au milieu d'une masse cartilagineuse, très-fréquemment au centre d'une masse tuberculeuse, et particulièrement de celles qui se développent dans les glandes bronchiques ; dans ce dernier cas, lorsque le tubercule vient à se ramollir, la concrétion osseuse reste libre et flottante au milieu de l'excavation, et lorsque son volume ne s'oppose pas à son passage dans les bronches qui communiquent avec l'excavation, elle est rejetée par l'expectoration.

Les concrétions crétacées ont l'apparence de craie légèrement humide, ou bien mêlée à une assez grande quantité d'eau pour la délayer entièrement ; alors elles sont toujours enkystées. Dans le premier cas, elles peuvent ne pas l'être, quoiqu'elles le soient ordinairement. Ecrasées entre les doigts, elles se réduisent facilement en poudre impalpable ; assez souvent elles contiennent des fragmens d'ossification pétris, qui donnent la même sensation que des grains de sable mêlés à de la craie délayée.

Les kystes qui renferment la matière crétacée sont ordinairement cartilagineux, sphéroïdes ou informes, ou bien ils ont la forme d'une pyramide à quatre pans inégaux.

Les kystes arrondis sont quelquefois, mais imparfaitement, osseux ; quelquefois plusieurs kystes osseux ou cartilagineux semblables, s'enveloppent les uns les autres, et ne sont séparés que par une couche crétacée humide.

Il est plus commun de trouver la matière crétacée à demi-liquide au centre d'un tubercule, et particulièrement de ceux qui se développent dans les glandes bronchiques. Il est facile de la distinguer de la matière tuberculeuse par son opacité plus grande, sa blancheur,

qui contraste avec la couleur jaune-pâle des tubercules. Séchée, elle devient plus blanche, et acquiert un degré de cohésion qui ne permet pas de la réduire en poudre en la pressant entre les doigts.

Le volume de ces concrétions est ordinairement très-petit. M. *Laennec* n'en a pas trouvé de plus grosses qu'une amande. Il n'a jamais vu la transformation complète d'une portion du poumon en une substance ossépétrée. On trouve seulement quelquefois autour des cicatrices pulmonaires imparfaites une petite quantité de matière crétacée, disséminée, et comme infiltrée dans le tissu pulmonaire.

Cullen et beaucoup d'autres la regardent comme une cause fréquente de l'asthme. Ils pensent qu'elle est due à des émanations pulvérulentes de l'air : mais l'analyse de *Scheele* a détruit cette opinion. Au reste, cette poussière devrait plutôt s'accumuler dans les bronches, et alors elle serait rejetée par l'expectoration ; on ne connaît pas d'exemple de ce fait.

Ces concrétions peuvent produire une dyspnée habituelle et assez forte ; mais le plus souvent la respiration est parfaitement libre, et d'après des observateurs, elles ne sont pas assez grosses, assez nombreuses, ni assez rapprochées, pour produire l'asthme.

M. *Bayle* les a rangés parmi les causes de la phthisie. Il en a même fait une espèce de cette maladie. Ce sont, dit-il, de petits débris calculeux, blanchâtres, grisâtres, et souvent fort nombreux, que les malades rendent par l'expectoration. Mais il ne parle pas des autres caractères de l'expectoration, ni de la gêne de la respiration, ni de l'amaigrissement, ni de la fièvre hectique.

D'après *Bonnet* et *Morgagni*, elles ne déterminent aucun symptôme grave ; la toux sèche et l'expectoration glaireuse ou fluante ne sont pas constantes, ou peuvent dépendre d'autres maladies.

Il est très-commun de rencontrer des concrétions avec des indices de cicatrice, et le tissu pulmonaire flasque et infiltré d'une grande quantité de matières noires, ce qui peut les faire regarder comme la suite d'une affection tuberculeuse guérie avec trop d'abondance de

phosphate calcaire ; cependant, elles peuvent se développer primitivement et indépendamment des tubercules.

Elles ne donnent aucun signe au cylindre.

Mélanoses du poumon.

Cette maladie, à l'état de crudité, est de consistance égale à celle des glandes lymphatiques. Sa couleur est noire foncée ; son tissu, homogène, un peu humide. opaque, assez semblable aux glandes bronchiques lorsqu'elles se ramollissent, ce qui est assez ordinaire. Il suinte par la pression un liquide roussâtre, ténu, mêlé de petits grumaux noirâtres, fermes ou friables, laissant néanmoins sentir quelque chose de flasque au toucher. A une époque plus avancée, toute la masse devient friable, puis en bouillie noire.

Elle peut exister sous quatre formes : 1.° elle peut être enkystée, 2.° non enkystée, 3.° infiltrée, 4.° déposée à la surface d'un organe.

Première espèce. Le kyste des mélanoses est assez régulièrement arrondi. Il est à peu près de l'épaisseur d'une demi-ligne ; sa grosseur égale celle d'une petite aveline, jusqu'à une noix. Le tissu cellulaire paraît être le seul élément de sa composition. Il est ordinairement adhérent aux parties voisines, et l'on peut le séparer par la dissection. Sa face interne est assez lisse ; elle adhère cependant à la matière morbifique, par un tissu cellulaire imparfait, si fin qu'on ne peut pas toujours le distinguer de cette matière, surtout s'il y a un peu de ramollissement

La mélanose enkystée ne se trouve que dans le foie et dans le poumon, encore M. *Laennec* ne l'a-t-il rencontrée qu'une fois.

Deuxième espèce. La mélanose non enkystée est moins rare ; on la trouve dans le poumon, le foie, les glandes pituitaires et les nerfs. Son volume s'étend depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf, quelquefois même il est plus considérable. Elle est d'une figure

assez irrégulière, et tient étroitement aux parties voisines par du tissu cellulaire très-fin, qui quelquefois est assez visible pour qu'on puisse la détacher sans rien rompre ; alors, elle est le plus ordinairement de forme arrondie.

Troisième espèce. L'infiltration de la mélanose se trouve toujours disséminée dans le tissu d'un organe entre les interstices de ses molécules intégrantes. Sa couleur varie selon son état de ramollissement ou de crudité, et selon la texture de l'organe.

Lorsque l'infiltration est récente et peu abondante, la partie affectée ne diffère de son état normal que par des points ou stries noires, dans l'intervalle desquels l'organe offre son aspect naturel. A mesure que la maladie fait des progrès, les stries de la mélanose augmentent en nombre et en volume ; le tissu naturel intermédiaire diminue chaque jour, et finit par disparaître.

Ce n'est ordinairement qu'à cette époque que la mélanose se ramollit. Si ce ramollissement commence avant la destruction et l'absorption de l'ancien tissu de l'organe, celui-ci se ramollit et se mêle à la matière des mélanoses, dont il change la couleur noire en une couleur jaunâtre, brunâtre ou grisâtre.

Les effets généraux qu'elle produit sont, la diminution graduelle des forces, l'amaigrissement, l'hydropisie du tissu cellulaire, quelquefois même celui des membranes séreuses ; elle ne s'accompagne jamais de fièvre continue bien marquée, ce qui est constant dans la phthisie.

Les effets locaux sont, la dyspnée proportionnée à l'étendue de la mélanose, une toux plus ou moins sèche, quelquefois accompagnée d'expectoration pituiteuse ; assez ordinairement il y a quelques crachats puriformes.

Les mélanoses se ramollissent quelquefois complètement, se vident dans les bronches et forment des excavations comme les tubercules. M. *Laennec* n'en a point trouvé ; mais M. *Bayle* en donne deux exemples.

La pectoriloquie doit être alors évidente.

Dans le cas d'infiltration, le cylindre ferait connaître la perméabilité du poumon ; mais il ne pourrait faire distinguer la mélanose de la pneumonie chronique.

La mélanose est très-rare dans le poumon. Lorsqu'elle commence, et qu'elle existe par infiltration, il est difficile de la distinguer de la matière noire pulmonaire, avec laquelle M. *Bayle* l'a confondue.

La matière qui suinte par la pression des glandes bronchiques teint la peau en noir, et cette couleur ne s'enlève pas facilement par le lavage. Le contraire a lieu pour la mélanose. L'analyse chimique de M. *Fourcroy* a démontré que les glandes bronchiques étaient composées d'hydrogène et de carbone, tandis que dans le tissu de la mélanose, il a trouvé les mêmes principes que dans le sang. Outre cela, la mélanose produit toujours des effets délétères, tandis que la matière noire pulmonaire existe chez les hommes les mieux portans, et d'autant plus abondante, que l'on approche d'un âge plus avancé.

Quatrième espèce. Lorsqu'elle est déposée à la surface des poumons, elle se présente sous la forme de points noirs, de stries, de taches ou de lignes ponctuées, qui n'altèrent point la souplesse et l'imperméabilité de cet organe.

Si l'on rangeait, comme M. *Bayle*, la mélanose parmi les espèces de phthisie, il faudrait y ranger aussi les pleurésies, les pneumonies, les catarrhes chroniques et plusieurs maladies du cœur, ou plutôt toutes celles qui peuvent produire la dyspnée et l'amaigrissement.

Encéphaloïdes du poumon.

M. *Laennec* a donné ce nom à l'une des substances qui forment le plus souvent des tumeurs appelées vulgairement *squirrheuses* ou cancéreuses. Ils constituent la phthisie cancéreuse de M. *Bayle.* Ils se présentent sous trois formes : 1.° ils sont enkystés, 2.° ce sont des masses irrégulières et sans kyste, 3.° ils sont infiltrés. Ils ont trois périodes dans leur développement : la 1.re est leur état de crudité, la 2.e est leur entier développement, et la 3.e est leur ramollissement.

Lorsque les encéphaloïdes sont parvenues à leur entier développement, ils sont d'une nature homogène, d'un blanc laiteux, à peu près semblables à la substance d'un cerveau humain, offrant par endroits une légère teinte rosée. Coupée par tranches, leur substance est demi-transparente; leur tissu est moins liant, et rompt plus facilement entre les doigts que celui du cerveau. Leur surface est parcourue par un grand nombre de vaisseaux sanguins; aussi il n'est pas rare d'y rencontrer des extravasations de sang analogues à celles qui surviennent dans l'apoplexie.

Ces épanchemens peuvent envahir la totalité de la masse cérébriforme, dont quelques points intacts indiquent seuls alors la nature.

On n'y rencontre pas de vaisseaux lymphatiques.

Lorsque des encéphaloïdes tendent à se ramollir, ils sont de la consistance d'une bouillie épaisse. A mesure que le ramollissement fait des progrès, la matière cérébriforme devient aussi liquide qu'un pus épais; elle conserve toujours sa teinte blanchâtre ou blanc rosé; le sang extravasé à cette époque donne à cette matière une couleur rouge, noire, et un aspect semblable à celui de caillots de sang pur. Bientôt la fibrine se concrète, et se combine, ainsi que la partie colorante, avec la matière cérébriforme que l'absorption de la partie séreuse a transformée en pâte sèche et friable.

Première espèce. C'est une masse cérébriforme enkystée, de grosseur variable, depuis celle d'une aveline jusqu'à celle d'une pomme.

Le kyste a des parois égales, de l'épaisseur d'une demi-ligne et de couleur blanc grisâtre, argenté ou laiteux. Il est plus ou moins transparent, selon son épaisseur. Sa texture est cartilagineuse; on n'y voit aucune trace de tissu fibreux.

La matière cérébriforme y adhère peu; elle est séparée en plusieurs lobes par un tissu cellulaire très-fin, qu'on peut comparer à la pie-mère, à cause du grand nombre de vaisseaux sanguins qui le parcourent, et qui donnent une teinte rosée à la tumeur. De là les épanchemens sanguins qu'on y rencontre.

Dans la première période, la surface extérieure de la tumeur présente des circonvolutions qui ressemblent à celles du cerveau. Le kyste ne s'y enfonce pas.

Alors sa fermeté est assez grande ; elle est supérieure à celle de la couenne du lard. Coupée en tranches minces, elle est demi-transparente, de couleur blanc terne, gris de perle ou même jaunâtre. Les divisions des lobules sont marquées par du tissu cellulaire injecté de vaisseaux.

La deuxième période est marquée par une plus grande analogie du tissu de la tumeur avec celui du cerveau. Le tissu est plus homogène ; on n'y voit plus de traces de lobules ; mais les lobes sont toujours bien marqués et les vaisseaux plus développés. C'est à la deuxième et à la troisième période que se forment les épanchemens sanguins. Ces tumeurs ne sont jamais suivies d'évacuation ; aussi n'y a-t-il jamais de cavernes, comme à la suite des tubercules, et par conséquent pas de pectoriloquie.

Les tumeurs cérébriformes enkystées n'ont été trouvées jusqu'à présent que dans le poumon, le foie et le médiastin.

Deuxième espèce. Elle est constituée par une masse cérébriforme non enkystée, d'un volume variable. Quelquefois la tumeur est aussi petite qu'un grain de chenevis ; d'autres fois sa grosseur égale celle de la tête d'un fœtus à terme. Elle est sphéroïde, ovoïde, ou irrégulière. Sa surface extérieure présente des scissures et des lobes moins régulièrement bosselés que dans les tumeurs de la première espèce. La membrane cellulaire qui l'enveloppe est plus ou moins marquée.

L'aspect de cette matière est assez semblable à celui du lard ; mais elle ne graisse pas le scalpel, et se coagule par la chaleur, sans donner un atôme de graisse. En passant au second état, elle paraît plutôt humide que grasse.

Ces tumeurs peuvent se développer dans toutes les parties du corps, mais surtout aux membres et dans les grandes cavités. Ainsi, à l'avant-bras, à la cuisse, au cou, au médiastin, autour des reins, à la co-

lonne vertébrale ; elles sont beaucoup plus rares dans l'abdomen et dans les organes que dans les autres parties.

La troisième espèce est une infiltration des organes par la matière cérébriforme. On ne la trouve jamais dans le poumon. On la distingue des encéphaloïdes non enkystées en ce qu'elle forme des masses non circonscrites dans lesquelles la matière cérébriforme est d'autant plus voisine de l'état de crudité qu'on l'examine plus loin du centre. Son aspect varie par son mélange en diverses proportions, avec les différens tissus dans lesquels elle se développe.

Dans beaucoup de cas, les encéphaloïdes ne produisent pas de fièvre sensible ; la mort arrive assez souvent sans que le pouls du malade ait présenté d'altération notable. Si la fièvre existe, ce n'est guère qu'aux approches de la mort qu'on la voit paraître ; ou bien elle est due à des circonstances accidentelles. Lorsque ces tumeurs gênent des organes essentiels à la vie, elles déterminent une inflammation locale plus ou moins étendue et un flux abondant d'un liquide quelconque.

L'amaigrissement est constant vers la terminaison de la maladie. Néanmoins ces tumeurs peuvent exister long-temps sans le produire. Les seuls cas où la mort arrive sans amaigrissement sont ceux où la tumeur s'est développée dans un organe essentiel à la vie, et l'a déterminé par la pression, en empêchant ou en enrayant ses fonctions. Lorsque l'encéphaloïde s'est développée dans un organe où elle occasionne un flux colliquatif, l'amaigrissement commence de bonne heure, et même dès l'origine du mal.

L'hydropisie n'est point une suite constante de cette maladie, mais elle survient assez fréquemment aux approches de la mort, surtout si l'encéphaloïde est dans le foie ou la matrice.

Le cylindre peut faire reconnaître cette dernière.

Exploration des tubercules par la respiration.

Lorsqu'ils sont crus ou disséminés régulièrement dans le poumon, la respiration n'indique rien ; elle s'entend très-bien dans toute l'étendue de la poitrine s'il n'y a aucun engorgement pulmonaire, ou la différence est si peu marquée qu'on ne peut rien conclure. La percussion ne fait non plus reconnaître aucune diminution du son. Mais si les tubercules sont accumulés en grand nombre et en masses volumineuses, comme il arrive souvent dans le lobe supérieur du poumon, la respiration ne s'entend plus dans le lieu affecté, et la percussion n'en tire qu'un son mat.

La respiration s'entend parfaitement dans les points correspondans aux cavités ulcéreuses, quand même ces points rendent un son tout-à-fait mat à la percussion, à raison des tubercules crus ou de l'engorgement tuberculeux ou inflammatoire qui existe autour de ces excavations. Elle est d'autant plus sonore, que l'excavation est plus étendue ; le bruit de l'air, pénétrant dans une cavité ulcéreuse, est plus fort que celui de la respiration dans un poumon sain ; ce dernier est accompagné d'une sorte de murmure ou de crépitation due à la dilatation des cellules aériennes, tandis qu'il n'existe pas d'une manière sensible lorsque l'air arrive dans une excavation ; il a au contraire beaucoup d'analogie avec le bruit du vent ou avec celui d'un soufflet qui s'emplit. Le bruit respiratoire, exploré sur le larynx ou la trachée, donne à peu près la même sensation ; cette différence est surtout remarquable quand l'excavation, comme il arrive le plus souvent, est au milieu d'une portion endurcie, parce le bruit de l'air pénétrant dans cette cavité n'est pas altéré par le murmure naturel de la respiration ; tandis que, si l'excavation est dans une portion saine, les deux bruits entendus à la fois ne peuvent être bien distingués.

Lorsque la percussion est matte dans un point de la poitrine, et que dans un point peu étendu la respiration se fait entendre plus

fortement que dans l'état sain, et sans la crépitation propre au tissu pulmonaire, il est sûr qu'il y a une excavation ulcéreuse au milieu d'une portion de poumon endurcie par l'accumulation de tubercules très-rapprochés; alors, si la pectoriloquie n'existe pas, c'est à cause de l'obstruction des bronches par des crachats, et l'on peut assurer qu'elle se manifestera dans un autre moment.

Quelquefois, il semble qu'au moment où le malade inspire, il attire à lui la colonne d'air contenue dans le tube du cylindre, et qu'il l'y repousse en expirant, ce qu'on n'observe en général que lorsque les excavations sont tout-à-fait vides, et communiquent avec les bronches par un petit nombre d'ouvertures. La pectoriloquie est aussi accompagnée d'un souffle venu par bouffées, quand il existe deux ou plusieurs excavations de grandeur à peu près égale et communiquant entre elles par une ouverture étroite. On observe quelquefois le même phénomène chez les égophones, et même sur le larynx et la trachée d'un homme sain.

M. *Laennec* a observé chez quelques pectoriloques que l'expiration produisait dans les excavations un bruit sensiblement plus fort que l'inspiration, ce qui est le contraire de l'état naturel. D'après le petit nombre d'autopsies, dans lesquelles il a rencontré ce cas, il pense que ce signe annonce une caverne vide, au milieu d'une portion crépitante du poumon, susceptible d'affaissement et s'ouvrant dans les bronches par une seule ou un petit nombre d'ouvertures. Cette caverne se remplissant et se vidant d'air par le même mécanisme qu'un soufflet, doit, comme lui, produire plus de bruit lorsque ses parois se rapprochent que lorsqu'elles s'écartent.

M. *Broussais* rapporte à deux chefs principaux les altérations organiques qui sont la suite de la phthisie, 1.° l'induration rouge du poumon, suite de la phlogose sanguine; 2.° le développement de certaines masses squirrheuses, caséiformes, pultacées, lardacées, calcaires, osseuses, etc., qu'il attribue à la désorganisation des vaisseaux lymphatiques.

Les désordres organiques qui se rencontrent dans les autres appa-

reils à la suite de la phthisie, sont : si elle a été rapide et fortement inflammatoire, une gastrite intense avec rougeur foncée de la muqueuse de l'estomac ; la constriction et la dureté de cet organe, et des taches rouges sur la muqueuse intestinale. Les phthisies qui ont duré long-temps et qui se sont terminées par suppuration, laissent sur la muqueuse intestinale, surtout sur celle du colon, une rougeur livide, granuleuse, ulcérée, et quelquefois comme squirrheuse; ce qui tient aux désordres des glandules muqueuses, à des squirrhosités et dégénérescences tuberculeuses des glandes mésentériques.

Les phthisies sèches et de longue durée sont presque toujours compliquées d'une dégénérescence tuberculeuse universellement répandue dans tous les organes des grandes cavités. Ainsi, une péritonite sèche et tuberculeuse les accompagne souvent; cette maladie est caractérisée par des points blancs sur la séreuse qui sont des dépôts de matière tuberculeuse, une cavité remplie de matière caséiforme et lardacée, souvent des squirrhes énormes du mésentère et des épiploons, dont les glandes sont tuberculeuses au centre. Le foie est quelquefois jaune, huileux, granuleux, tuberculeux; la rate racornie, remplie de tubercules irrégulièrement déposés dans son parenchyme et sous la séreuse ; les reins sont rarement tuberculeux; la vessie et la prostate ne sont pas exemptes de l'épaississement lardacé et tuberculeux.

On rencontre aussi au cerveau des épanchemens gélatinoso-albumineux dans la séreuse, avec l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde.

Traitement de la phthisie.

Soins hygiéniques. On placera les malades dans une atmosphère ni trop chaude ni trop froide, on les couvrira de vêtemens chauds, de gilets de laine, et on leur fera porter des chaussures imperméables. Ils fuiront les lieux humides et souterrains, abandonneront les professions qui peuvent donner lieu à cette affection, telles que le chant, la déclamation, les instrumens à vent, l'escrime, etc. Ils prendront

en petite quantité et de temps en temps quelques alimens solides ou liquides, d'une facile digestion. On leur conseillera un exercice modéré, mais pas trop prolongé. Ils devront éviter les veilles et les études nocturnes, modérer leurs passions, la colère, la haine, l'acte vénérien. Ils se garderont bien de supprimer quelque évacuation naturelle ou artificielle.

Dans la première période, la saignée, répétée plusieurs fois, surtout s'il y a de fréquentes hémoptysies, les boissons adoucissantes, mucilagineuses, telles que l'eau d'orge, de gruau, de lin, de poulet, de grenouilles, édulcorées avec des sirops d'orgeat, de groseilles, d'épine-vinette, sont d'un effet salutaire. Si les malades ont le sommeil difficile, on leur administrera quelque sirop calmant dans des eaux distillées de lys, de laitue, de pourpier, etc.; des lavemens émolliens; le nitre à petites doses, avec un mélange de crême de tartre. M. *Reide* recommande l'ipécacuanha matin et soir pour un ou deux vomissemens. Il blâme les émétiques usités en Angleterre, parce qu'ils augmentent l'inflammation et les hémorrhagies.

Dans la deuxième période, si la fièvre est forte et le pouls dur, avec douleur, on devra saigner encore le malade; si la toux est fatigante, on donnera la scille, les eaux minérales sulfureuses, le poligala amer, le lichen, quelquefois le quinquina; enfin, on pourra avoir recours aux révulsifs, aux setons, aux cautères, aux moxas, aux ventouses.

Pour évacuer une vomique, on donnera l'émétique à petites doses; puis des aposêmes de lierre-terrestre, de véronique, de polygala; des fumigations aromatiques; des frictions sèches.

Contre les sueurs colliquatives et la toux, des juleps avec teinture de roses, le suc de limon et l'acide sulfurique, l'opium, les pilules de cynoglosse, de *Morton*, le laudanum, le sirop de pavot, etc.; contre la fièvre, le quinquina et d'autres amers.

Un régime très-doux convient à cette maladie, ainsi il peut se composer en général de chair de poulet, d'œufs frais, de fruits cuits, de juleps, de chocolat, de marmelades, de pâté, de pas-

tilles de lichen, de jujubes, de figues grasses, de raisin sec sans pépin. Pour boissons, d'infusion de capillaire, de pulmonaire, de marrube, édulcorée ou coupée avec du lait.

Dans la troisième période, on pourra faire prendre aux malades des médicamens toniques pour relever l'atonie et la faiblesse du tube digestif. Ainsi, le quinquina, les roses rouges, le lichen, le symarouba, le polygala, le chardon bénit, les fleurs d'arnica, le lierre-terrestre, la fumeterre, la cannelle, l'acide sulfurique seul ou mêlé avec de l'alcohol, les bourgeons de sapin, l'eau de goudron, rempliront cette indication. A la fin de cette maladie, un degoût général s'empare des sujets, et alors il est nécessaire de varier ses prescriptions.

Lorsque cette maladie est à son début et qu'elle se complique de scrophules, on peut conseiller les voyages à cheval, sur terre, sur mer, les vins généreux pris avec modération, les anti-scorbutiques, les amers, les alcalis, les martiaux, la raifort sauvage, le cochléaria, le cresson, le quinquina, la gentiane et un bon régime, enfin des vomitifs à petites doses, et de doux purgatifs.

Traitement particulier des symptômes.

1.° *Hémoptysie.* Saignée; rafraîchissans; lait de vache, de chèvre, de brebis, de jument, d'ânesse; diète lactée; lait d'amande; eau de gomme, de chaux, etc.

2.° *Toux.* Antispasmodiques, opiacés, bouillons pectoraux, juleps, looks, lait d'anesse, assa-fœtida, jusquiame, belladone, eau de veau, de tortue, de limaçon, de grenouilles, guimauve, nymphœa, réglisse, tussilage, capillaire, pulmonaire, bourrache, laitue, violette, coquelicot, bouillon blanc, gomme arabique. M. *Magendie* employait un mélange pectoral formé avec un gros d'acide prussique médicinal, un gros d'eau distillée, et une once et demie de sucre pur clarifié.

3.° *Crachats.* Eaux minérales sulfureuses; gaz oxygène; fumigations; quinquina; soufre; eaux de Bonnes, de Barèges, de Bagnères, d'Aix, du Mont-d'Or, d'Anghien (les eaux sulfureuses conviennent rarement dans la première période; ce n'est que lorsque l'inflammation est apaisée, que les crachats deviennent jaunâtres); baume du Pérou, de la Mecque, de Copahu, un demi-gros dans du sucre deux fois le jour au moins; inspiration d'oxygène, d'hydrogène, d'hydrogène carbone; air des étables de vaches.

4.° *Fièvre hectique.* Amers, quinquina, ou adoucissans, selon l'état de l'inflammation et de la fièvre; cascarille, gentiane, centaurée, polygala, lichen, etc.

5.° *Marasme.* Fécule de salep, sagou, lapioca.

6.° *Insomnie.* Opium, sirop de diacode, eaux de laitue, de coquelicot.

7.° *Sueurs nocturnes.* Boissons légèrement acidulées, faibles astringens, tormentille, petit chêne, conserve de roses, agaric, sulfate d'alumine, acétate de plomb.

8.° *Diarrhée.* Narcotiques, lavement de son, de pavots, simarouba, diascordium, décoction blanche.

Des remèdes spécifiques de la phthisie.

La médecine éclairée et philosophique n'admet point de remèdes spécifiques; cependant il est des moyens qui, quoique présentés sous ce point de vue, ont donné des résultats salutaires dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Je ne pense pas qu'on doive leur donner une confiance entière, ni assurer sur leurs vertus un succès

certain. Mais je crois que loin de les rejeter, on doit toujours les employer et les appliquer suivant le tempérament et les forces de l'individu. C'est principalement aux moyens diététiques plutôt qu'aux moyens médicinaux qu'on doit avoir recours.

L'expérience a appris que, lorsqu'un organe est disposé à la maladie, il doit être exercé avec modération, et qu'on doit le tenir dans un repos d'autant plus absolu qu'il est plus faible, et plus gravement malade. Ainsi on a regardé comme antiphthisiques un exercice modéré de la voix, le chant pour certains individus menacés de la phthisie, le silence absolu pour ceux qui en sont definitivement atteints. Parmi les sujets disposés à la consomption du poumon, il faut prescrire les lectures à haute voix ; la déclamation et le chant sur les tons graves à ceux qui présentent des signes de débilité des organes de la respiration. Il ne faut pourtant jamais les pousser jusqu'à la fatigue. Comme on a remarqué de tous les temps que parler, lire à haute voix ou chanter, excitaient la toux, la gêne de la respiration, et amenaient le crachement de sang, il faut le défendre à ceux dont la phthisie est bien prononcée. Ce moyen peut prévenir l'hémopthysie.

On a observé que beaucoup de phthisiques ont été guéris en respirant un air différent de celui auquel ils étaient habitués, et dans lequel s'est développée la maladie. Sous ce rapport, le médecin doit observer si cet air est doué de propriétés nuisibles à l'individu. Il est trop tard de quitter le lieu qu'on habite, lorsque la maladie est déjà avancée dans son cours; mais lorsqu'elle est à son commencement, le changement d'air est un moyen duquel on peut espérer beaucoup de succès.

Des phthisiques, surtout d'un tempérament lymphatique, ont trouvé leur salut dans l'habitation des montagnes. Quelquefois les individus en respirant l'air des pays montueux éprouvent un resserrement et des douleurs plus fortes. On combat ces phénomènes par la diète, les adoucissans, les relâchans, et de petites saignées. Au

reste, il est plus convenable aux malades d'abandonner un air chaud pour un air modérément froid, ou un air froid pour un air chaud.

Le rivage de la mer, quand il est sec et élevé, est une habitation très-salutaire pour les pulmoniques. Les malades ne doivent pas négliger d'y faire des promenades de plusieurs heures, principalement au moment de la marée. Il en est de même des voyages sur mer, à moins que les sujets ne soient atteints de phthisie scorbutique. *Boerhaave* et *Cullen* attribuaient la guérison des malades non-seulement à l'influence de la mer, mais encore aux mouvemens du vaisseau; *Pline* et *Fothergille*, à la vapeur du goudron et au mal de mer. Quelques médecins ont pensé que la navigation avait aussi l'avantage de retarder les progrès des tubercules.

Plusieurs malades ont été guéris en fixant leur demeure dans une étable à vaches. Il est des médecins qui se sont élevés contre l'emploi de ce moyen. *Reide* et plusieurs autres le regardent comme très-salutaire. Ils pensent qu'il doit convenir principalement dans les phthisies scrophuleuses, par rapport à l'ammoniaque qui s'y dégage, tandis qu'il doit être rejeté pour le même motif dans les phthisies ulcéreuses.

On a essayé de faire respirer aux phthisiques du gaz oxygène, mais ce moyen a été plus souvent nuisible qu'utile.

Le gaz acide carbonique a produit plus de guérisons que le gaz oxygène. Comme c'est un léger styptique et un faible irritant, il ne paraît pas devoir être employé lorsque la fibre est tendue, sensible et irritable, mais seulement lorsqu'elle est relâchée et dans un état d'atonie.

On croit avoir reconnu une action sédative aux gaz hydrogène et hydrogène carboné. Ils sembleraient alors indiqués lorsque la fibre est tendue et irritable.

Beaucoup de médecins ont employé et loué l'action d'un air im-

prégné d'eau et de soufre; mais ils ont dit que pour en retirer de bons effets, il fallait le respirer pendant long-temps.

On a employé aussi des fumigations humides d'eau réduite en vapeur, des fumigations émollientes, des fumigations aromatiques, selon l'état des individus.

Les vapeurs sèches d'une foule de substances aromatiques ont encore été vantées comme spécifiques contre la phthisie; mais elles ont perdu beaucoup de leur crédit, quoiqu'elles aient été recommandées par des médecins estimés. Il paraît que les effets qu'on en a obtenus tiennent plus à la manière dont elles ont été faites qu'à leurs propriétés. *Mead* et *Van-Swiéten* ont loué les fumigations de styrax et d'encens; ils ont prétendu que les malades les supportaient très-bien, tandis qu'ils étaient irrités par la vapeur du succin et du benjoin. *Bonnet* a employé des fumigations préparées avec des substances végétales, telles que l'opium, la térébenthine. On a cité des exemples de guérison par des vapeurs formées avec un mélange de térébenthine et d'un corps gras ou de cire jaune, en les faisant brûler lentement et bouillir doucement, de manière à produire la conversion de ces substances en matières âcres. C'est principalement dans les phthisies qui succèdent à des catarrhes, ou qui se font remarquer par l'excrétion d'abondantes mucosités, que l'on a obtenu d'heureux résultats de ce dernier moyen.

La manière d'administrer en vapeurs, diverses substances médicamenteuses, doit être variée selon la nature de chacune d'elles, mais toujours de manière qu'il n'en résulte, après le 2.e ou 3.e jour, aucune fatigue ou aucun accident pour le malade. L'application de la vapeur doit être prolongée pendant un nombre de jours suffisant, et les malades ne doivent pas s'exposer trop brusquement à l'air libre ou à un air ou froid ou très-chaud.

Selon l'idiosyncrasie de chaque malade, on peut essayer avec prudence l'emploi de la vapeur de l'éther sulfurique, et de divers autres

éthers simples chargés de vapeurs balsamiques, toniques, aromatiques, etc. : on en a quelquefois retiré de très-heureux effets.

Les bains, les frictions, les cautères, les moxas peuvent être aussi tentés; mais leurs bons effets sont très-incertains.

Les bains entiers fatiguent les phthisiques, augmentent la dyspnée, la toux, par la pression qu'exerce l'eau sur le corps; les demi-bains, les bains partiels des membres calment souvent la chaleur interne de la poitrine, la toux, l'agitation, etc.

Les frictions ont des effets très-heureux sur les individus disposés à la phthisie, surtout sur les enfans et les sujets lymphatiques et scrophuleux. Dans ces circonstances, on peut les regarder comme un remède très-efficace.

On pratique avec succès, dans la phthisie pulmonaire confirmée, tantôt des frictions alcoholiques et stimulantes, tantôt des frictions purement toniques, comme celle de quinquina ; on en fait aussi avec l'opium. Les premières sont utiles dans le cas de faiblesse, d'atonie, d'inertie : alors, on les pratique sur le trajet des nerfs et des gros vaisseaux; les deuxièmes, dans le cas où il faut donner du ton sans stimuler, ou bien arrêter des accès de fièvre intermittente; les troisièmes, lorsqu'il faut calmer des douleurs ou détruire des spasmes.

Lorsque les sujets sont trop sensibles aux vésicatoires, on peut employer sur les glandes du cou ou de l'aisselle des linimens ammoniacés, des cantharides, de manière à produire une rubéfaction médiocre. Ce moyen a arrêté le développement des tubercules par l'irritation de ces glandes. C'est principalement dans le cas de suppression d'exanthèmes, d'un flux muqueux, séreux, sanguin, d'un spasme particulier, ou d'une irritation catarrhale, rhumatismale, fixée sur le cou ou sous les aisselles, au bras, au dos, sur les épaules, sur la poitrine, etc., qu'il est bon de les mettre en usage.

La diète n'est point un remède spécifique de la phthisie, mais elle est un moyen auxiliaire, utile, et même indispensable.

Le tartrite antimonié de potasse et l'ipécacuanha ont été employés avec succès dans les cas d'hémoptysie, ou pour opérer la rupture d'un abcès du poumon. Les vomitifs se donnent à petite dose, de manière à produire un ou deux vomissemens le matin. Le soir, on réitère l'administration du remède.

On s'est servi avec avantage des purgatifs, tels que la poudre d'*Ailhaud*, la gelée laxative, l'huile douce de ricin, le sirop de longue-vie, etc. *Sydenham* employait les pilules cochées majeures.

Parmi les principaux spécifiques de la phthisie, on doit ranger la saignée générale ou locale, suivant que le cas exige l'une ou l'autre.

Il ne faut pas oublier que des remèdes énergiques, altérans, tels que l'aconit, la ciguë aquatique, la laitue vireuse, la douce-amère, ont opéré seuls des guérisons, principalement sur des individus scrophuleux ou dartreux.

Dans le commencement de la maladie, lorsqu'elle attaque les sujets nerveux, irritables, mélancoliques; l'opium et ses préparations, le camphre, les baumes, la réglisse, l'assa-fœtida, les plantes aromatiques, antispasmodiques, ont eu des succès remarquables. Le camphre a été employé heureusement contre la phthisie pituiteuse. Les baumes de Copahu, du Pérou, ont réussi dans les cas d'ulcères, lorsqu'il n'y a pas trop d'irritation et que l'expectoration est abondante; enfin, le safran, les bourgeons de pin, de sapin, le lichen d'Islande, ont guéri plusieurs phthisiques.

On a combattu avantageusement, avec le quinquina, le développement des tubercules, l'abattement, la faiblesse où se trouvent souvent les pulmoniques.

L'emploi de diverses eaux minérales, principalement des eaux sulfureuses, et de celles qui contiennent du fer, a triomphé de l'affection tuberculeuse du poumon et de la phthisie scrophuleuse. Dans les phthisies tuberculeuses simples, et compliquées d'affection du foie,

dans la phthisie pituiteuse ou muqueuse, dans les cas d'affections arthritiques ou rhumatismales, jointes à la lésion du poumon, les eaux sulfureuses ont donné d'heureux résultats. Comme le soufre est un excellent béchique et résolutif, on pense que c'est à lui qu'on doit attribuer leurs vertus antiphthisiques.

Quelques médecins ont prétendu que la phthisie était contagieuse ; d'autres ont dit qu'elle ne l'était pas. Les uns ont établi leur opinion sur le résultat de leurs observations ; les autres pensent avec raison, que les faits qu'on leur avance ne peuvent pas les convaincre, d'autant mieux qu'ils trouvent dans le résultat de leur pratique des raisons pour croire le contraire, d'après les faits sur lesquels repose l'opinion des premiers, tels que des frères et des sœurs qui sont attaqués de phthisie pour avoir soigné un parent atteint de cette maladie. On serait tenté de la regarder comme contagieuse ; mais une autre cause peut l'avoir déterminée. Lorsque, par exemple, l'on avait des enfans affectés de cette maladie, dont un frère et une sœur sont morts, ne peut-on pas penser qu'ils portaient en eux le germe de cette affection ? Ainsi, loin d'affirmer que la phthisie soit contagieuse, je crois qu'on peut la regarder comme produite par un germe caché, et développé par les veilles, la fatigue à laquelle sont forcées de se livrer le plus souvent les personnes qui soignent les malades.

Ceux qui l'ont regardée comme contagieuse, ont dit qu'elle se communique par l'absorption des miasmes qui existent dans l'atmosphère dont les malades sont entourés. On a dit aussi que le contact de l'humeur séminale au moment du coït, suffisait pour transmettre la phthisie du père à la mere et de celle-ci aux enfans.

Si cette maladie est contagieuse, lorsque la consomption du poumon est compliquée d'une autre maladie aiguë, comme certains exanthèmes aigus et certains catarrhes, la contagion doit être bien plus certaine et bien plus à craindre ; et c'est dans les climats chauds, lorsqu'elle se développe avec une intensité de symptômes, telle qu'en approchant des malades on reçoit par les organes du toucher, de l'odorat

et des voies respiratoires, des impressions âcres, tenaces, difficiles à détruire, qu'elle doit plus particulièrement exercer ses ravages.

Dans l'incertitude où l'on est de la contagion de la pulmonie, il ne doit pas être inutile de prendre des moyens pour s'en préserver. Ainsi, les personnes qui entourent les malades éviteront de les embrasser trop souvent, pour ne pas recevoir l'impression de leur haleine et de la vapeur que peuvent exhaler leurs crachats, ou toute autre vapeur âcre, irritante, tenace, par les voies de la respiration. Avant de se servir des vêtemens et des meubles qui ont été à l'usage des malades, il faut avoir soin de les laver et de les exposer plusieurs fois à l'air.

Les malades devront être tenus très-proprement; leurs crachats devront être reçus dans des vases de verre qu'on aura soin de vider très-souvent, et de rincer à chaque fois. L'air de la chambre sera souvent renouvelé; les personnes qui entourent les malades devront se laver très-souvent; et pour plus de précaution, les lavages seront faits avec de l'eau dans laquelle on aura étendu une certaine quantité de gaz acide muriatique oxygéné (chlore).

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Morborum acutorum non omninò sunt tutæ prædictiones neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 22.

IV.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ, tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

V.

Aliquid autem et tempestati et regioni et ætati concedendum. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod suprà naturæ modum fuerit. *Ibid.*, *aph.* 4.